

P3 | Medicina Intensiva

Instruções



Confira o número que você obteve no ato da inscrição com o que está indicado no cartão-resposta.

* A duração da prova inclui o tempo para o preenchimento do cartão-resposta.

Para fazer a prova você usará:

- este **caderno de prova**.
- um **cartão-resposta** que contém o seu nome, número de inscrição e espaço para assinatura.

Verifique, no caderno de prova, se:

- faltam folhas e a sequência de questões está correta.
- há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas.

Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade!

Atenção!

- Não é permitido qualquer tipo de consulta durante a realização da prova.
- Para cada questão são apresentadas 5 alternativas diferentes de respostas (a, b, c, d, e). Apenas uma delas constitui a resposta correta em relação ao enunciado da questão.
- A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais.
- Não destaque folhas da prova.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o caderno de prova completo e o cartão-resposta devidamente preenchido e assinado.



8 de novembro



40 questões



14 às 17h



3h de duração*

**PROCESSO
SELETIVO** para
**Residência
Médica 2021**



FEPese

FUNDAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICOS

Caso clínico

questões 1 a 5

Considere um paciente masculino, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia e metformina 1500 mg/dia. Procurou a unidade de emergência pois iniciou há 1 dia com dispneia aos moderados esforços, que na última noite passou a estar presente mesmo em repouso, associada a ortopneia e dispneia paroxística noturna. Nega outros sintomas como febre, tosse, expectoração, dor torácica e dor/edema em membros inferiores. Ao exame físico apresenta diaforese moderada, fala entrecortada, discreta cianose de extremidades; turgência jugular em posição semirrecumbente; tiragens intercostais; frequência respiratória de 39 incursões/minuto, oximetria de pulso com saturação 81% em ar ambiente; pressão arterial de 189/101 mmHg; frequência cardíaca de 112 batimentos/minuto e temperatura axilar de 36,1°C. Na ausculta cardíaca apresentava ritmo irregular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas e sem sopros. Na ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores finos bilaterais em toda a extensão dos campos pulmonares.

1. Com relação à abordagem diagnóstica inicial do paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. Uma dosagem normal do peptídeo natriurético tipo B descarta com segurança o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico.
- b. A tomografia computadorizada de tórax é o único exame suficientemente acurado para definir o diagnóstico.
- c. Uma dosagem negativa de D-dímero é insuficiente para descartar o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar.
- d. Uma ultrassonografia pulmonar mostrando ausência de linhas B nas regiões anteriores pode descartar com segurança o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico.
- e. Uma ultrassonografia pulmonar mostrando deslizamento pleural normal e múltiplas linhas B bilateralmente nas regiões anteriores pode confirmar o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico em poucos minutos.

2. Com relação ao diagnóstico clínico e o provável mecanismo fisiopatológico do quadro clínico descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. Edema pulmonar agudo de causa cardíaca, caracterizado por sinais de congestão pulmonar e intensa ativação simpática. O principal mecanismo fisiopatológico é a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com retenção de sódio e água e consequente hipervolemia.
- b. Edema pulmonar não cardiogênico, caracterizado por hipoxemia intensa em um contexto de doença infecciosa ou inflamatória. O principal mecanismo fisiopatológico é o aumento da permeabilidade capilar pulmonar e consequente exsudação para os alvéolos pulmonares.
- c. Edema pulmonar agudo de causa cardíaca, caracterizado por sinais de congestão pulmonar e intensa ativação simpática. O principal mecanismo fisiopatológico é a vasoconstrição venosa e arterial difusa com o aumento do volume sanguíneo estressado (volume circulante efetivo) e consequente sobrecarga do ventrículo esquerdo.
- d. Insuficiência cardíaca congestiva agudizada, caracterizada pela presença de dispneia aguda e edema pulmonar em um paciente com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca. O principal mecanismo fisiopatológico é a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com retenção de sódio e água e consequente hipervolemia.
- e. Tromboembolismo pulmonar, caracterizado por quadro súbito de dispneia na ausência de outra hipótese diagnóstica plausível. O principal mecanismo fisiopatológico é oclusão extensa da circulação pulmonar, e consequente aumento do espaço morto fisiológico.

3. Com relação ao ecocardiograma do paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. Insuficiência mitral aguda não explicaria os sintomas apresentados pelo paciente.
- b. A presença de uma veia cava inferior com 1,0 cm descarta edema pulmonar de causa cardíaca.
- c. A presença de uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo estimada em 66% torna o edema pulmonar não cardiogênico como a principal hipótese diagnóstica.
- d. A presença de um padrão restritivo no Doppler da valva mitral indica um diagnóstico de edema pulmonar por aumento da pressão hidrostática capilar pulmonar.
- e. Uma relação menor do que 8,0 entre o pico de velocidade da onda E no Doppler da valva mitral e o pico de velocidade da onda E' no Doppler tecidual do ânulo da valva mitral indica um diagnóstico de edema pulmonar por aumento da pressão hidrostática.

4. Com relação à avaliação e conduta farmacológica para o paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. Trata-se de uma emergência hipertensiva e está indicado o tratamento agressivo da pressão arterial, preferencialmente por infusão endovenosa de um vasodilatador como nitroglicerina.
- b. Trata-se de uma emergência hipertensiva e está indicado o ajuste imediato das medicações anti-hipertensivas, acrescentando medicamentos de outras classes farmacológicas, como os inibidores da enzima conversora de angiotensina.
- c. Trata-se de uma emergência hipertensiva, porém não há indicação de interferir nos níveis pressóricos antes que o paciente tenha o seu quadro respiratório estabilizado.
- d. Não se trata de uma emergência hipertensiva e o tratamento farmacológico deve ser dirigido para o alívio da hipervolemia e congestão pulmonar por meio da administração de diurético de alça.
- e. Não se trata de uma emergência hipertensiva, porém o valor excessivamente elevado da pressão arterial do paciente necessita ser corrigido o mais rápido possível.

5. Com relação ao uso da ventilação não invasiva no paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. O benefício da ventilação não invasiva na insuficiência cardíaca aguda pode ser explicado pela melhora do desempenho do ventrículo direito. A ventilação por pressão positiva acarreta redução da pós-carga do ventrículo direito, facilitando o seu esvaziamento.
- b. A ventilação não invasiva não interfere no desempenho cardíaco, o seu benefício na insuficiência cardíaca aguda é exclusivamente por reduzir o esforço inspiratório e por gerar recrutamento alveolar.
- c. O benefício da ventilação não invasiva na insuficiência cardíaca aguda pode ser explicado pela melhora no desempenho de ambos os ventrículos. A ventilação por pressão positiva acarreta redução da pós carga de ambos os ventrículos, reduzindo suas pressões diastólicas.
- d. O benefício da ventilação não invasiva na insuficiência cardíaca aguda pode ser explicado pela melhora do desempenho do ventrículo esquerdo. A ventilação por pressão positiva acarreta redução da pré e pós carga do ventrículo esquerdo e conseqüente redução da sua pressão diastólica do ventrículo esquerdo.
- e. A ventilação não invasiva não interfere no desempenho do ventrículo esquerdo e pode piorar o desempenho do ventrículo direito. O seu benefício na insuficiência cardíaca aguda é exclusivamente por prevenir a fadiga respiratória até que o processo fisiopatológico seja corrigido.

6. Paciente masculino, 28 anos, previamente hígido, é trazido por amigos à emergência após apresentar quadro de agitação psicomotora e inúmeras tentativas de agressão a outras pessoas durante uma festa. Ao exame o paciente estava contido na maca por dois amigos e por dois técnicos de enfermagem; sudorético; apresentava equimoses em região torácica anterior e região maxilar direita; escala de Glasgow de 14 (AO = 4 + RV = 4 + RM = 6); midríase bilateral; reflexo fotomotor de difícil avaliação pela não colaboração do paciente, sem rigidez de nuca; frequência cardíaca de 131 batimentos/minuto; pressão arterial de 167/89 mmHg; frequência respiratória de 24 incursões/minuto; saturação de 98% em ar ambiente na oximetria de pulso; ausculta cardiopulmonar sem anormalidades, exceto pela taquicardia; e o exame do abdômen estava sem anormalidades. Durante a avaliação inicial foi administrada clorpromazina com bom controle da agitação psicomotora e aproximadamente uma hora após o paciente apresentou um episódio de crise tônico-clônico generalizada, presenciada por toda a equipe assistencial.

Assinale a alternativa **correta** com relação a esse caso.

- Benzodiazepínicos são as drogas indicadas para controlar a agitação nesse paciente com provável intoxicação por cocaína, mas frequentemente desencadeiam rabdomiólise em pacientes como o do caso descrito.
- Neurolépticos típicos diminuem o limiar convulsivo e podem ter contribuído para desencadear a crise epiléptica nesse paciente com provável intoxicação por cocaína, porém, há indicação de se excluir lesão secundária do sistema nervoso central.
- Os betabloqueadores são as drogas de escolha para tratamento inicial da hipertensão arterial nesse paciente com provável intoxicação por cocaína, assim como para controle da hiperatividade simpática.
- A avaliação inicial do paciente já indicava lesão expansiva intracraniana, com herniação uncal bilateral, manifestada pela midríase bilateral. A conduta inicial indicada era intubação, analgesia, sedação e tomografia computadorizada de crânio imediata para avaliar necessidade de intervenção neurocirúrgica.
- Primeiramente deve-se descartar uma crise epiléptica desencadeada pela administração de neuroléptico e somente se o paciente tiver deterioração clínica subsequente deve-se buscar por lesões secundárias intracranianas.

Caso clínico

questões 7 e 8

Paciente masculino, 19 anos, diabético tipo 1, em uso de insulina glargina 18UI/dia e insulina lispro antes das refeições conforme contagem de carboidratos, iniciou há 1 dia com mal-estar geral e febre, e seguiu com “dificuldade respiratória” e sonolência. Nega ter interrompido o uso das insulinas, assim como outros sintomas. Ao exame físico apresenta escala de coma de Glasgow = 14 (AO = 3; RV = 5; RM = 6); frequência respiratória de 26 incursões/minuto; incursões respiratórias profundas e rápidas; saturação de 99% em ar ambiente na oximetria de pulso; frequência cardíaca = 142 batimentos/minuto; pressão arterial de 85/56 mmHg; temperatura axilar de 37,4°C; ausculta cardíaca sem anormalidades além da taquicardia; ausculta pulmonar com estertores finos em região inferior lateral do hemitórax direito. Na avaliação laboratorial inicial o paciente apresentava hemograma com hemoglobina de 15,3 g/dL, contagem de leucócitos de 14.500/mm³; proteína C reativa = 143; creatinina sérica de 0,9mg/dL; ureia = 74 mg/dL; glicemia de 412 mg/dL; exame de urina com presença de corpos cetônicos (+++/4); gasometria arterial com pH = 7,04; Pco₂ = 12 mmHg; Po₂ = 145 mmHg; saturação de O₂ = 98%; bicarbonato = 9 mmol/L; excesso de base = -19 mmol/L; lactato arterial = 1,9 mmol/L.

7. Quanto à avaliação da resposta terapêutica no paciente descrito no caso, assinale a alternativa **correta**.

- Após a ressuscitação volêmica inicial pode ocorrer elevação do lactato arterial.
- Diurese normal ou abundante é um forte indicativo de correção da volemia.
- Hipoglicemia após 3 horas de infusão endovenosa de insulina indica reversão da cetoacidose diabética.
- A manutenção de um pH de 7,2 após 2 horas de reposição volêmica e insulino terapia indicam a administração de bicarbonato de sódio.
- A administração de aporte energético com glicose endovenosa está indicada somente em caso de hipoglicemia.

8. Com relação à avaliação hemodinâmica do paciente descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. A ultrassonografia pulmonar point-of-care com múltiplas linhas B na região torácica anterior e lateral direita descarta hipovolemia, já que esses artefatos indicam congestão pulmonar.
- b. A avaliação da variação da pressão de pulso (delta PP) por meio de um monitoramento invasivo da pressão arterial pode indicar fluido-responsividade nesse paciente.
- c. A ausência de hipotensão arterial ortostática exclui a presença de hipovolemia e pode ser útil para evitar reposição volêmica desnecessária e seus efeitos deletérios.
- d. Uma ecocardiografia point-of-care com função preservada do ventrículo esquerdo e veia cava inferior com 1,5 cm de diâmetro, com colapso inspiratório de 40% é um padrão específico de choque distributivo e ajuda a excluir hipovolemia como causa da hipotensão.
- e. Uma ecocardiografia point-of-care com ventrículo esquerdo pequeno e hipercinético (kissing walls), e uma veia cava inferior com diâmetro inferior a 1,0 cm e colapso total na inspiração confirma a presença de hipovolemia, mas não exclui a participação da sepse como causa da hipotensão.

9. Em relação à avaliação ao manejo da paciente descrita, assinale a alternativa **correta**.

- a. Trata-se de choque hemorrágico por hemorragia digestiva baixa. Está indicada a reposição volêmica e transfusão de hemácias imediatas, além de tratamento cirúrgico com colectomia total.
- b. Trata-se de choque hemorrágico por hemorragia digestiva baixa. Está indicado reposição volêmica e transfusão de hemácias imediatas, além de endoscopia digestiva alta para excluir hemorragia digestiva alta.
- c. Trata-se de choque hemorrágico por hemorragia digestiva alta provavelmente não varicosa. Está indicada a reposição volêmica e transfusão de hemácias imediatas, além da administração de inibidor de bomba de prótons e realização de endoscopia digestiva alta em caráter de urgência.
- d. Trata-se de choque hipovolêmico por hemorragia digestiva alta provavelmente varicosa. Está indicada a reposição volêmica imediata e transfusão de hemácias caso a dosagem de hemoglobina seja menor do que 7,0 g/dL, além da administração de vasoconstrictores esplâncnicos.
- e. Trata-se de choque hipovolêmico por hemorragia digestiva alta provavelmente não varicosa. A reposição volêmica vigorosa deve ser feita somente após a correção endoscópica da causa do sangramento e a transfusão de hemácias deve ser realizada somente se a dosagem de hemoglobina estiver abaixo de 7,0 g/dL.

Caso clínico

questões 9 e 10

Paciente feminina, 59 anos, previamente hígida, iniciou há 1 semana com lombalgia de moderada intensidade, que teve alívio satisfatório com uso de ibuprofeno 600 mg em três doses diárias. Há 1 dia apresentou episódio de evacuação com fezes escuras e com odor fétido. Hoje procurou a emergência após apresentar episódio de vômito com grande quantidade de sangue vivo e dois novos episódios de evacuação com fezes escuras, o segundo também com sangue vivo. Queixa-se também de astenia e mal-estar generalizado. Ao exame físico está anictérica, com palidez cutâneo-mucosa +++/4, enchimento capilar lentificado (aprox. 4 s); pressão arterial de 72/30 mmHg; frequência cardíaca de 141 batimentos/minuto; frequência respiratória de 22 incursões/minuto; saturação de 97% em ambiente na oximetria de pulso. A ausculta cardiopulmonar é normal exceto pela taquicardia. Não apresenta aranhas vasculares nem sinais de ascite.

10. A paciente foi submetida a anestesia geral para realização de endoscopia digestiva alta e transferida para a Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação à profilaxia para tromboembolismo venoso nessa paciente, assinale a alternativa **correta**.

- a. A paciente apresenta tendência à hemorragia, com baixo risco de tromboembolismo venoso, não havendo indicação de profilaxia.
- b. Apesar do quadro de hemorragia, a paciente apresenta alto risco de tromboembolismo venoso e deve receber profilaxia mecânica até que o sangramento esteja resolvido.
- c. A paciente apresenta alto risco de tromboembolismo venoso, porém a história atual de sangramento contraindica a profilaxia.
- d. A paciente apresenta alto risco de tromboembolismo venoso e deve receber profilaxia farmacológica.
- e. A profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso só pode ser avaliada após os resultados das provas de coagulação.

11. Assinale a alternativa **correta** quanto à doença crítica crônica.

- a. É irreversível.
- b. Afeta entre 30 a 40% dos pacientes internados por insuficiência respiratória aguda.
- c. A minoria dos pacientes críticos crônicos recupera a autonomia funcional no período de um ano após a alta hospitalar.
- d. Caracteriza-se por um estado inflamatório persistente que compromete a funcionalidade e que preserva a cognição.
- e. É definida pela internação em UTI de pacientes portadores de doenças crônicas por período superior a 14 dias.

12. Assinale a alternativa **correta** em relação à comunicação entre a equipe e a família de pacientes críticos.

- a. O uso de termos técnicos assegura a familiares que a equipe médica é competente.
- b. Tem entre seus objetivos facilitar o processo de decisão substituta por parte de familiares.
- c. A expectativa de milagres por parte de familiares, mesmo diante de um mau prognóstico, significa a negação da possibilidade da morte do paciente.
- d. A maior parte dos familiares prefere que a equipe evite más notícias em relação à evolução clínica do paciente.
- e. Demonstrar empatia durante a comunicação com familiares é percebido por familiares como pouco profissional.

13. Assinale a alternativa **correta** em relação ao controle de dor em pacientes críticos.

- a. Recomenda-se a documentação do intervalo QT em pacientes que vão receber metadona.
- b. A gabapentina é droga de escolha para analgesia de pacientes com intolerância a opioides.
- c. A BPS (Behavioral Pain Scale) é o instrumento de escolha na monitoração da dor de pacientes críticos comunicativos.
- d. As vias subcutânea e intramuscular são utilizadas com o objetivo de atenuar o impacto hemodinâmico dos opioides.
- e. A dexmedetomidina é um antagonista dos receptores alfa dois com propriedades analgésicas.

14. Assinale a alternativa **correta** quanto aos medicamentos utilizados na intubação de sequência rápida:

- a. O propofol é contraindicado em pacientes com intervalo QT prolongado.
- b. O etomidato possui propriedades analgésicas e sedativo-hipnóticas, caracterizando-se pelo baixo impacto hemodinâmico.
- c. O midazolam é o medicamento de escolha em intubações difíceis devido ao rápido início de ação e ao seu efeito prolongado.
- d. A cetamina é contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica e em pacientes com hipertensão intracraniana.
- e. Propofol e etomidato são boas opções de sedativos para pacientes que apresentam status epilepticus.

15. Assinale a alternativa **correta** em relação ao propofol.

- a. A hipotensão é uma complicação rara da infusão de propofol.
- b. A infusão de flumazenil pode reduzir o risco de depressão respiratória associada ao propofol.
- c. É um anestésico que atua em receptores gama amino butíricos do tipo A.
- d. Pode levar à hipertrigliceridemia e sobrecarga calórica por ser diluído em emulsão de lipídeos de aproximadamente 2,5 kcal/mL.
- e. A síndrome da infusão do propofol é uma complicação rara caracterizada por taquicardia, hipertensão, alcalose metabólica, rabdomiólise e insuficiência renal.

16. Um paciente de 71 anos, cronicamente crítico, que recebe NPT e fez uso de antibioticoterapia de amplo espectro ao longo da internação atual é diagnosticado com nova infecção respiratória. A cultura de secreção traqueal é positiva para *Stenotrophomonas maltophilia*.

Assinale a alternativa com a cobertura antimicrobiana empírica mais apropriada para o paciente.

- a. Fluconazol
- b. Meropenem
- c. Micafungina
- d. Anfotericina B
- e. Sulfametoxazol/trimetoprim

17. Uma paciente de 64 anos, com peso de 50 kg, portadora de nefrolitíase, está internada em UTI há 3 dias com sepsis de foco urinário. Ela foi adequadamente ressuscitada quanto ao status volêmico, recebe ceftriaxona na dose de 2 g ao dia e os exames de imagem excluíram a presença de obstruções do trato urinário. A creatinina de admissão era de 1,0 mg/dL. A rotina laboratorial colhida há uma hora revela creatinina de 2,8 mg/dL. O débito urinário das últimas seis horas é de 150 ml.

Assinale a alternativa **correta** quanto ao comprometimento da função renal da paciente de acordo com a classificação de KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*).

- a. Estágio 1
- b. Estágio 2
- c. Estágio 3
- d. Estágio 4
- e. Estágio 5

18. Em relação às medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde recomendadas pela ANVISA, assinale a alternativa **correta**.

- a. A traqueostomia precoce reduz o risco de pneumonia associada à ventilação.
- b. O tempo de antibioticoterapia profilática pós-operatória não deve exceder 24 h.
- c. Recomenda-se a monitoração rotineira de bacteriúria assintomática em pacientes com sondagem vesical.
- d. O preparo da pele para a inserção do cateter central de curta permanência deve ser feito com solução alcoólica de gliconato de clorohe-xidina > 0,5%.
- e. A higienização das mãos com água e sabão é preferível à higienização com preparações alcoólicas a 70%.

19. Assinale a alternativa **correta** em relação à terapia nutricional em UTI.

- a. A nutrição parenteral total de terceira geração pode ser administrada através de acesso venoso periférico de bom calibre.
- b. A terapia nutricional hiperproteica (5 g de proteínas por quilo de peso diários) está associada a menor mortalidade e menor tempo de ventilação mecânica.
- c. Recomenda-se a suplementação de ácidos graxos ômega 3 a pacientes críticos em pós-operatório de cirurgias abdominais que precisam receber nutrição enteral por período superior a 5 dias.
- d. Em pacientes não desnutridos e que tenham contra-indicação ao uso da via enteral, a nutrição parenteral total deve ser iniciada a partir do terceiro dia de jejum.
- e. Apesar da correlação entre baixos níveis de vitamina D e mortalidade em doentes críticos, a suplementação dessa vitamina não tem efeito sobre a mortalidade ou tempo de internação hospitalar.

20. Assinale a alternativa **correta** em relação à síndrome de realimentação.

- a. O folato é a vitamina de maior depleção.
- b. Caracteriza-se por hipercalemia e hipermagnesemia.
- c. A suplementação de glutamina e vitamina D reduz o risco da síndrome.
- d. A hipofosfatemia pode ocorrer devido ao aumento da captação intracelular de fosfato para gerar adenosina trifosfato.
- e. Pacientes com alto risco de desenvolvimento da síndrome devem iniciar a terapia nutricional com oferta calórica de 25 kcal/kg/dia.

21. Paciente feminina, 42 anos, foi admitida na unidade de terapia intensiva após hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma da artéria cerebral média (ACM) direita, o qual foi embolizado via tratamento endovascular. Nove dias após o sangramento evolui com rebaixamento de nível de consciência e hemiparesia esquerda.

Em relação ao novo evento neurológico, assinale a alternativa **correta**.

- a. A principal hipótese diagnóstica é isquemia cerebral tardia, sendo o vasoespasmismo uma das causas possíveis, devendo ser tratado com a elevação da pressão arterial.
- b. Vasoespasmismo é a principal hipótese diagnóstica, e deve ser tratado com terapia triplo-H, com hipervolemia, hemodiluição e aumento da pressão arterial.
- c. Uma grande quantidade de sangue nas cisternas da base está associada com o aumento de chance de o evento ser causado por hidrocefalia aguda.
- d. A principal hipótese diagnóstica é ressangramento, complicação mais frequente com tratamento endovascular do aneurisma, quando comparado ao tratamento cirúrgico com clipagem do aneurisma.
- e. Velocidade média de 130 cm/seg na ACM com Índice de Lindengard (velocidade média na ACM/velocidade média na Arteria Carótida Interna) de 2 sugere vasoespasmismo como causa do evento.

Caso clínico

questões 22 a 24

Paciente feminina, 51 anos, chega à emergência trazida pelos familiares, que referem perda súbita da consciência há 1 hora. Ao exame físico apresenta pressão arterial de 180/100 mmHg, frequência cardíaca de 82 batimentos/minutos, frequência respiratória de 14 incursões/minuto, temperatura axilar de 36,5°C, oximetria com saturação de 90% em ar ambiente, glicemia capilar de 84 mg/dL, ausculta pulmonar com rôncos difusos bilaterais. Ao estímulo doloroso não apresenta abertura ocular, nem resposta motora, emitindo apenas gemidos. As pupilas são pequenas, isocóricas e isofotorreagentes, com reflexos córneoalpebral e oculocefálico presentes e simétricos. Nota-se tetraplegia e a respiração apresenta-se ruidosa e irregular, com ausência dos reflexos da tosse e do vômito.

22. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa **correta**.

- a. A instalação súbita do coma sugere hipertensão intracraniana, devendo o paciente receber prontamente terapia hiperosmolar com manitol 0,5 g/kg ou NaCl a 7% 3mL/kg.
- b. O exame neurológico não apresenta assimetria ou evidência de lesão focal, sendo mais provável uma causa tóxico-metabólica para o estado de coma da paciente.
- c. A presença de coma e tetraplegia, com preservação dos reflexos de tronco oculomotor e corneopalpebral, e comprometimento dos reflexos de tronco da tosse, do vômito e da respiração sugere lesão na transição ponto-bulbar e/ou bulbo.
- d. Após estabilização inicial na sala de emergência, devemos proceder a realização de tomografia computadorizada de crânio, que na ausência de alterações agudas, afasta a possibilidade de lesão encefálica estrutural.
- e. Após estabilização inicial na sala de emergência, devemos proceder a punção lombar para afastar a possibilidade de infecção do sistema nervoso central ou de hemorragia subaracnóidea, seguida de tomografia computadorizada de crânio.

23. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa **correta**.

- a. Devemos administrar tiamina 100 mg EV, seguida de glicose 50% 50 ml EV.
- b. Constatando-se ausência de causa metabólica reversível, essa paciente deve ser prontamente entubada e hiperventilada.
- c. Devemos obter acesso venoso periférico calibroso e infundir 20-30 ml/kg de Ringer Lactato para manutenção da hemodinâmica e da perfusão cerebral.
- d. A abordagem da paciente deve iniciar pela estabilização da coluna cervical, abertura das vias aéreas com elevação da mandíbula, e garantia de ventilação com suplementação de oxigênio para manter SpO₂ > 94%.
- e. A pressão arterial deve ser reduzida para níveis seguros, tendo como meta PAS entre 140 e 160 mmHg, afim de manter a perfusão cerebral, mas também evitar a progressão de um hematoma, em caso de acidente vascular encefálico hemorrágico.

24. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa **correta**.

- a. Um Doppler transcraniano com a artéria cerebral média apresentando velocidade média de 25 cm/s (Normal 55 +/- 12 cm/s), velocidade diastólica de 10 cm/s (Normal 33-45 cm/seg) e Índice de pulsatilidade de 3,2 (Normal 0,81-0,92) sugere alta resistência vascular encefálica e hipertensão intracraniana.
- b. Um diâmetro da bainha do nervo óptico, medido através da ultrassonografia, acima de 0,3 cm sugere lesão estrutural e aumento da pressão intracraniana.
- c. O ultrassom transcraniano não deve ser realizado na sala de emergência para não atrasar a avaliação e conduta terapêutica.
- d. Apagamento dos sulcos corticais na tomografia computadorizada indica redução grave da complacência intracraniana e elevada possibilidade de hipertensão intracraniana.
- e. Na ausência de lesão supratentorial focal, o apagamento das cisternas perimesencefálicas na tomografia de crânio não está associado à hipertensão intracraniana.

25. Paciente masculino, 21 anos, dá entrada na emergência, trazido pelo SAMU, vítima de trauma, após queda de moto, apresentando-se em Glasgow 13 (RO3, RV4, RM6) e com hematoma em região periorbital direita. Pressão arterial de 120/70 mmHg, frequência cardíaca de 72 batimentos/minuto, frequência respiratória de 18 incursões/minuto, temperatura axilar de 36,8°C, oximetria de pulso com saturação de 96% em ar ambiente. Exame físico e ultrassonografia a beira-leito não evidenciam sinais de trauma extracraniano. Ainda durante a avaliação na sala de emergência, o paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência, Glasgow 06 (RO1+RV1+RM4), anisocoria com midríase fixa à direita.

Na situação descrita, assinale a alternativa **correta**.

- a. Trata-se provavelmente de herniação tonsilar, em função de lesão infratentorial e hipertensão intracraniana. O paciente deve ser prontamente sedado, intubado, e receber terapia hiperosmolar.
- b. Trata-se provavelmente de herniação uncal, em função de lesão supratentorial com efeito de massa e hipertensão intracraniana. O paciente deve ser prontamente sedado, intubado, e receber terapia hiperosmolar.
- c. Trata-se provavelmente de herniação cingular, em função de lesão supratentorial com efeito de massa e hipertensão intracraniana. O paciente deve ser prontamente sedado, intubado, e receber terapia hiperosmolar.
- d. O paciente deve receber terapia hiperosmolar, seguido de realização de tomografia computadorizada de crânio; e posteriormente sedação e intubação se a tomografia de crânio demonstrar sinais evidentes de hipertensão intracraniana.
- e. A anisocoria com midríase fixa provavelmente deve ser causada por herniação da ponta do lobo temporal e compressão do segundo nervo intracraniano do mesmo lado da lesão. Configura-se emergência médica e o paciente deve ser intubado, sedado e hiperventilado, e receber manitol a 20%.

26. O paciente descrito na questão acima é então admitido na UTI após drenagem de hematoma subdural e colocação de cateter intraventricular para monitorização da pressão intracraniana. Tomografia de crânio realizada no pré-operatório revelou, além do hematoma, a presença de swelling encefálico difuso com apagamento de cisternas da base. Encontra-se sedado com midazolam, propofol e fentanil, com *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) de -4, escala de coma de Glasgow 06 (RO1+RV1+RM4), pupilas médias, isocóricas e isofotorreagentes. Pressão arterial média de 68 mmHg, frequência cardíaca de 108 batimentos/minuto, frequência respiratória de 20 incursões/minuto, temperatura axilar de 38°C, oximetria de pulso com saturação de 95% em fração inspirada de oxigênio de 30%, e pressão intracraniana de 30 mmHg.

Assinale a alternativa que indica a conduta mais adequada.

- a. Devemos drenar liquor, hiperventilar o paciente, tendo como meta PaCO₂ entre 25-30 mmHg, e controlar a temperatura.
- b. Devemos drenar liquor, aprofundar a sedação para RASS -5, e submeter o paciente a hipotermia terapêutica para controle da hipertensão intracraniana.
- c. Devemos drenar líquido, prescrever manitol 0.5 g/kg de 6/6 h e dexametasona para controle da hipertensão intracraniana.
- d. O paciente deve ser submetido prontamente à realização de nova tomografia para descartar nova lesão com efeito de massa, e avaliar a possibilidade de craniectomia descompressiva para controle da hipertensão intracraniana.
- e. Devemos drenar líquido, aumentar a pressão de perfusão cerebral para > 60 mmHg, aprofundar a sedação para RASS -5 e reduzir a temperatura para < 37°C.

Caso clínico

questões 27 e 28

Paciente masculino, 74 anos, hipertenso, diabético, portador de hepatite B crônica, internado na UTI por hematoma cerebral intraparenquimatoso volumoso, localizado em núcleos da base, evoluiu com hipertensão intracraniana refratária, sem respostas à terapêutica otimizada e sem indicação de tratamento cirúrgico. No momento, apresenta-se intubado, com interrupção do midazolam e do fentanil há 16 horas, em Glasgow 03, pupilas médias fixas, sem reflexos corneopalpebrais, da tosse, e sem movimento respiratório espontâneo. Pressão arterial média de 74 mmHg, frequência cardíaca de 95 batimentos/minuto, frequência respiratória de 20 incursões/minuto, temperatura esofágica de 34,5°C, e oximetria de pulso com saturação de 93% com fração inspirada de oxigênio de 40%.

27. Em relação ao caso, assinale a alternativa **correta**.

- a. Devemos abrir os procedimentos para diagnóstico de morte encefálica apenas após a elevação da temperatura > 35°C e da saturação na oximetria > 94%.
- b. Para o diagnóstico de morte encefálica, devemos realizar 2 exames clínicos, 2 testes de apneia e uma prova gráfica que comprove ausência de circulação sanguínea intracraniana ou ausência de atividade elétrica encefálica.
- c. Devemos aguardar > 24 h após a suspensão da sedação antes da realização dos procedimentos para o diagnóstico da morte encefálica.
- d. Nesse caso está contraindicada a utilização do eletroencefalograma para o diagnóstico da morte encefálica em função do uso prévio de drogas depressoras do sistema nervoso central.
- e. Devemos comunicar à comissão hospitalar de transplante e iniciar os procedimentos para diagnóstico da morte encefálica, uma vez que o paciente apresenta todos os pré-requisitos para um diagnóstico seguro.

28. Em relação ao caso, assinale a alternativa **correta**.

- a. A presença de vírus B consiste numa contraindicação absoluta para doação de fígado.
- b. Comprovado e informado o diagnóstico de morte encefálica, devemos proceder à oferta da doação de órgãos aos familiares.
- c. O paciente não pode ser doador de rins em função da idade acima de 65 anos e da presença de diabetes mellitus.
- d. O paciente não apresenta história de doença pulmonar e pode ser um potencial doador de pulmão.
- e. Devemos questionar a família da possibilidade de doação de órgãos antes do diagnóstico de morte encefálica. Em caso de negativa podemos propor cuidados paliativos e a retirada de suporte.

29. Após diagnóstico clínico de morte encefálica, e enquanto aguardava a realização da prova gráfica, o paciente acima evoluiu com diurese clara de 1600 mL em 2 h, pressão arterial média de 55 mmHg com noradrenalina 0,2 mcg/kg/min e frequência cardíaca de 118 batimentos/minuto. Ultrassonografia *point-of-care* demonstrou boa função sistólica do ventrículo esquerdo, sem alterações do ventrículo direito, e índice de distensibilidade da veia cava inferior de 40%.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao caso.

- a. O paciente deve ser tratado com expansão volêmica, seguida de administração de vasopressina, e desmopressina se mantiver poliúria.
- b. Trata-se provavelmente de síndrome cerebral perdedora de sal, que deve ser tratada com expansão volêmica e aumento da dose de noradrenalina para manter pressão arterial média > 65 mmHg.
- c. Trata-se provavelmente de diabetes insípido de origem central, e esperamos um sódio < 135, devendo o paciente receber expansão volêmica e NaCl a 3%.
- d. Após expansão volêmica, em caso de hipotensão persistente, devemos associar dobutamina para melhora do débito cardíaco e da perfusão tecidual.
- e. Após expansão volêmica, em caso de hipotensão persistente, devemos iniciar desmopressina pelo seu efeito vasopressor e antidiurético.

30. Paciente masculino, 40 anos, é admitido na UTI com diagnóstico de Síndrome de Fournier. Após expansão volêmica inicial com 30 mL/kg de cristaloide, apresenta pressão arterial média de 67 mmHg, frequência cardíaca de 90 batimentos/minuto, frequência respiratória de 25 incursões/minuto, oximetria com saturação de 94% com cateter nasal de oxigênio a 2 L/min, e temperatura axilar de 37,5°C. Não houve clareamento do lactato que permanece em torno de 6 mmol/L, a saturação venosa central é de 50% e a diurese é de 0,3 mL/kg/h. Ultrassonografia *point-of-care* à beira leito demonstra veia cava inferior com 2,2 cm de diâmetro, sem variação respiratória, e comprometimento moderado da função sistólica do ventrículo esquerdo, com predomínio de linhas B nos dois pulmões.

Assinale a alternativa **correta** em relação ao caso.

- a. Devemos iniciar noradrenalina para aumentar a pressão arterial e melhorar a perfusão tecidual.
- b. Devemos instalar e monitorar a pressão venosa central, que se estiver abaixo de 12 mmHg, deve prontamente indicar mais reposição volêmica.
- c. O paciente apresenta sepse com disfunção miocárdica e podemos iniciar dobutamina a fim de aumentar o débito cardíaco e aumentar o consumo tecidual de oxigênio.
- d. Ao iniciar dobutamina, temos como meta um aumento do débito cardíaco e aumento concomitante e proporcional da saturação venosa central.
- e. O paciente deve ser submetido à antibiotico-terapia para cobrir flora bacteriana polimicrobiana por 7 dias, e posteriormente desbridamento cirúrgico.

31. Sobre os distúrbios do cálcio, é **correto** afirmar:

- a. Os sinais de Chvostek, de Trousseau e de Erb podem ser encontrados nos pacientes com hipercalcemia.
- b. Nos pacientes com pancreatite aguda grave, a ocorrência de hipocalcemia geralmente indica bom prognóstico.
- c. A infusão intravenosa rápida de cálcio é segura e não está associada a complicações.
- d. A hipercalcemia associada à malignidade é uma emergência oncológica e seu tratamento consiste em hidratação e administração de bifosfonados e corticosteroides.
- e. Pacientes com choque hemorrágico que são submetidos a transfusão sanguínea maciça podem apresentar hipercalcemia.

32. Sobre o manejo das paradas cardiorespiratórias, (PCRs), assinale a alternativa **correta**.

- a. Identificar a causa da parada cardíaca não interfere no prognóstico.
- b. Os cuidados pós-PCR consistem em reverter a causa precipitante, suporte hemodinâmico e respiratório e cuidados neuroprotetores.
- c. Os pilares da reanimação cardiopulmonar nas PCR em ritmos chocáveis são compressões torácicas de alta qualidade, ventilação e drogas antiarrítmicas.
- d. Compressões torácicas de alta qualidade são aquelas que deprimem o tórax em 5-6 cm, permitindo o retorno total do tórax entre as compressões, com frequência de até 100 por minuto, sendo permitidas interrupções para punção venosa e intubação orotraqueal.
- e. Recomenda-se manter uma relação de 30 compressões torácicas para duas ventilações em pacientes com via aérea avançada, a fim de evitar hiperventilação e excessiva pressão intratorácica.

33. Considere um paciente masculino, 39 anos, obeso, sem outras comorbidades. Refere que há 10 dias iniciou com quadro de mialgia, odinofagia, anosmia e ageusia. Há sete dias, evoluiu com febre persistente e tosse seca. Procurou pronto atendimento duas vezes nesse período, sendo liberado com medicações para controle dos sintomas e orientado a retornar caso apresentasse piora. Hoje procurou pronto atendimento pela terceira vez, relatando dispneia intensa percebida nas últimas 24 horas. Chegou apresentando saturação de oxigênio pela oximetria de pulso de 72% em ar ambiente, frequência respiratória de 50 incursões/minuto, palidez cutânea, diaforese e gemência. Foi suplementado oxigênio através de máscara com reservatório a 15 L/min, com aumento da saturação de oxigênio para 89%. Colocado em decúbito ventral, com aumento da saturação de oxigênio para 92%; entretanto, com manutenção da frequência respiratória em 48 incursões/minuto, além de tiragem intercostal e batimento da asa do nariz.

Assinale a alternativa com a conduta imediata recomendada.

- a. Ansiolíticos.
- b. Anticoagulação e fibrinólise.
- c. Estímulo diurético e vasodilatadores.
- d. Intubação orotraqueal e ventilação com pressão positiva invasiva.
- e. Nebulização com beta-agonistas e anticolinérgicos e corticoterapia.

34. Paciente masculino, 60 anos, com história prévia de hipertensão e dislipidemia, procurou pronto atendimento com queixa de dor torácica de início súbito, do tipo lancinante, irradiada para o dorso e abdome, evoluindo com perda do movimento de ambas as pernas. Ao exame físico, apresentava palidez, frequência cardíaca de 120 batimentos/minuto, pressão arterial de 180/100 mmHg, pulsos radial esquerdo e femorais filiformes e paraplegia. Foi realizado eletrocardiograma que evidenciou alterações difusas inespecíficas de segmento ST e onda T e radiografia de tórax que evidenciou leve aumento do mediastino.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa com a hipótese diagnóstica mais provável e sua conduta indicada.

- a. Ruptura esofágica, com mediastinite. Abordagem cirúrgica e antibióticos.
- b. Infarto agudo do miocárdio. Antiagregantes plaquetários, angioplastia percutânea primária.
- c. Pneumotórax hipertensivo. Toracocentese e drenagem de tórax em selo d'água.
- d. Tromboembolismo pulmonar. Anticoagulação e fibrinólise.
- e. Dissecção aguda de aorta, tipo B. Betabloqueadores e reparo cirúrgico ou endovascular.

35. Sobre prevenção de tromboembolismo venoso, assinale a alternativa **correta**.

- a. O risco de sangramento não interfere na escolha do método de tromboprofíaxia.
- b. Disfunção renal com clearance de creatinina inferior a 30 mL/minuto não interfere na escolha do método nem na dose da droga para tromboprofíaxia medicamentosa.
- c. Fondaparinux pode ser usado como alternativa à heparina em pacientes com história de trombocitopenia induzida por heparina.
- d. Pacientes internados que fazem uso de aspirina e/ou estatina estão protegidos contra ocorrência de tromboembolismo venoso e têm risco muito menor que os demais pacientes clínicos ou de alto risco. Portanto, estatinas ou aspirinas podem ser usadas como agentes de tromboprofíaxia.
- e. Todos os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva são considerados de alto risco para tromboembolismo venoso e devem receber obrigatoriamente heparina não fracionada ou heparinas de baixo peso molecular.

36. Sobre os distúrbios ácido-base, assinale a alternativa **correta**.

- a. Um paciente com gastroenterite e vômitos não pode desenvolver alcalose metabólica.
- b. Acidose respiratória crônica aumenta a excreção de ácidos e reabsorção de bicarbonato pelos túbulos renais, o que aumenta a concentração de bicarbonato.
- c. Nas acidoses metabólicas, o cálculo do ânion-gap é importante para auxiliar no diagnóstico diferencial, e sua fórmula consiste na diferença entre os cátions e os ânions não mensuráveis.
- d. Em um paciente com diarreia, sua gasometria mostra pH 7,32, Pco₂ 20 mmHg e HCO₃⁻ de 10 mmo/L. O distúrbio metabólico principal é alcalose respiratória.
- e. São causas de acidose metabólica de ânion gap estreito a acidose láctica e a insuficiência renal aguda.

37. Sobre os distúrbios do metabolismo da água, assinale a alternativa **correta**.

- a. As alterações da regulação da água podem estar associadas à lesão anatômica do hipotálamo, haste hipofisária ou hipófise posterior durante neurocirurgia.
- b. Diabetes insipidus central ocorre devido a uma redução da liberação do hormônio antidiurético (ADH) e é caracterizado por poliúria hipotônica (osmolalidade urinária <300mOsm/kg), na presença de hiponatremia.
- c. Administração de desmopressina, que é um análogo sintético do hormônio vasopressina, pode ser utilizada com segurança como teste terapêutico para diagnóstico de Diabetes insipidus.
- d. Na Síndrome de Secreção Inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH), ocorre a expressão de mais aquaporinas nos túbulos coletores renais, havendo maior excreção de água e, portanto, ocorrência de poliúria e hipernatremia e consequente aumento da osmolalidade sérica.
- e. Natriurese cursando com hiponatremia euvo-lêmica caracterizam a Síndrome Cerebral Perdedora de Sal, que é mediada pelo peptídeo natriurético atrial.

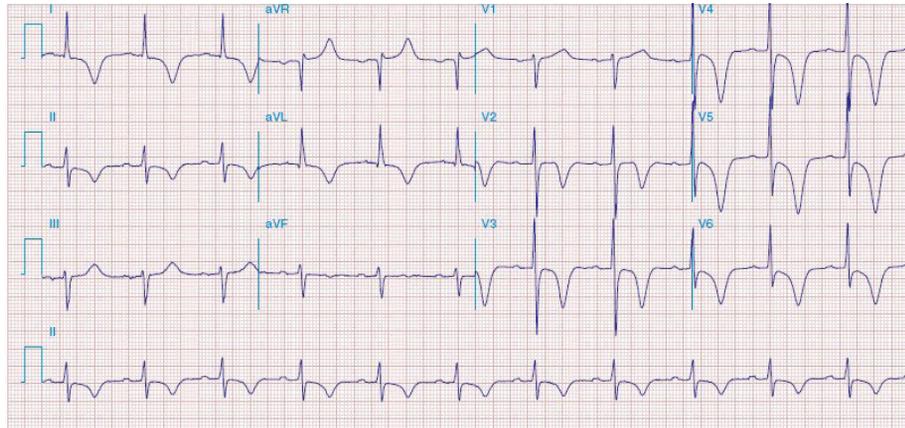
38. Dentre as indicações com alto grau de recomendação para uso da ventilação não invasiva, assinale a **correta**.

- a. Insuficiência respiratória aguda hipercápnica, cursando com narcose e torpor.
- b. Prevenção de broncoaspiração nos casos de hemorragia digestiva alta.
- c. Como terapia de resgate na ocorrência de falha de extubação.
- d. Descompensação de insuficiência cardíaca congestiva e exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica.
- e. Insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, secundária à Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo.

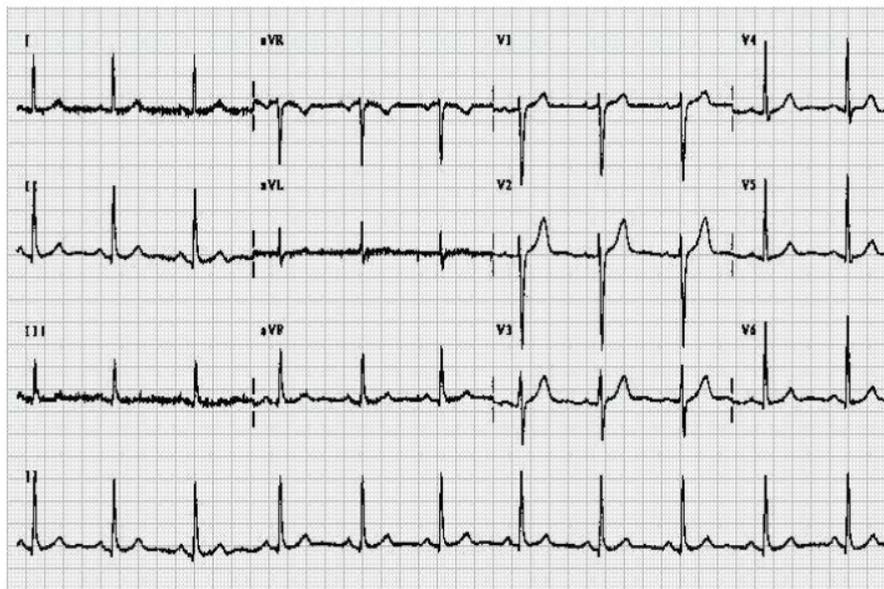
Caso clínico

questões 39 e 40

Uma paciente feminina de 64 anos, magra, chegou ao pronto atendimento, com queixa de dispnéia de início súbito, acompanhada de desconforto torácico tipo queimação retroesternal, sem irradiação. Tinha histórico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e tabagismo de 100 anos-maço. Na chegada, apresentava pressão arterial de 160/90 mmHg, frequência cardíaca de 90 batimentos/minuto, frequência respiratória de 37 incursões/minuto e saturação de oxigênio de 90% em ar ambiente. À ausculta pulmonar podiam-se perceber crepitações finas em todos os campos pulmonares bilateralmente, com alguns sibilos expiratórios. À ausculta cardíaca, ouvia-se ritmo de galope. O eletrocardiograma de 12 derivações inicial está abaixo:



A Ultrassonografia pulmonar realizada à beira-leito evidenciou padrão de linhas B difusos, mais proeminentes em bases. Foram dosados marcadores de necrose miocárdica, e foram obtidos os valores de troponina de 0,039 ng/mL na chegada e 0,036ng/mL após seis horas (valor de referência: inferior a 0,04 ng/mL). Após as medidas tomadas inicialmente, foi obtido novo eletrocardiograma de 12 derivações e o traçado obtido está abaixo:

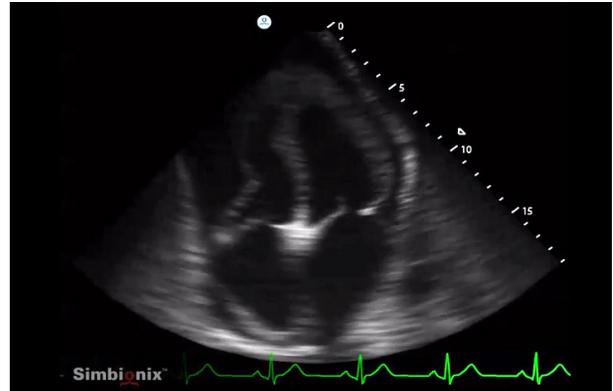


39. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. Trata-se de um quadro clássico de pneumonia viral aguda. O seu tratamento consiste em suporte ventilatório invasivo, antivirais e corticoterapia.
- b. Trata-se de quadro de insuficiência ventricular direita aguda (Cor pulmonale), secundária a tromboembolismo venoso. Seu tratamento consiste em anticoagulação e administração de trombolítico.
- c. O relato descreve tipicamente um quadro de exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Seu tratamento consiste no suporte ventilatório não invasivo, uso de broncodilatadores, corticoides e antibióticos se suspeita de infecção bacteriana.
- d. É um infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST, Killip I. Seu tratamento baseia-se na administração de morfina, nitroglicerina, suplementação de oxigênio, aspirina 300 mg e clopidogrel 600 mg, estatina e betabloqueador, seguido de angioplastia percutânea primária.
- e. É um quadro de edema agudo de pulmão (insuficiência ventricular esquerda aguda), provavelmente associado a angina instável. Seu tratamento baseia-se na administração de morfina, nitroglicerina, suplementação de oxigênio, aspirina 300 mg e clopidogrel 300 mg, estatina e internação em unidade coronariana para monitorização e estudo hemodinâmico.

40. Com tratamento clínico, paciente apresentou melhora dos sintomas. No dia seguinte, foi submetida a cineangiogramia que evidenciou lesões obstrutivas superiores a 80% da luz da artéria interventricular anterior, artéria circunflexa e artéria coronária direita. Optou-se por não se realizar angioplastia. Cerca de 12 horas após o procedimento, a paciente evoluiu com mal-estar e sonolência. Ao exame, apresentava palidez cutâneo-mucosa, sudorese, pressão arterial de 80/40 mmHg, frequência cardíaca de 60 batimentos/minuto, turgência jugular, bulhas cardíacas pouco audíveis.

Foi realizada ultrassonografia cardíaca à beira-leito, em que foi obtida a seguinte imagem:



Com base na história relatada e no quadro clínico descrito, assinale a alternativa **correta**.

- a. É um derrame pleural volumoso de instalação aguda, provável hemotórax. O tratamento é toracotomia de urgência, seguida de drenagem de tórax.
- b. Trata-se de um choque hipovolêmico. A conduta baseia-se em transfusão de hemoderivados, incluindo correção de potenciais distúrbios de coagulação e até mesmo reversão da antiagregação plaquetária com a administração de desmopressina.
- c. É um tamponamento cardíaco, secundário a um provável hemopericárdio. O tratamento é pericardiocentese e/ou confecção de janela pericárdica.
- d. É um provável choque distributivo, por reação anafilática ao meio de contraste iodado. Seu tratamento é infusão de cristaloides e administração de adrenalina intramuscular, anti-histamínicos e corticosteroides.
- e. É um quadro de insuficiência ventricular direita, secundário a infarto agudo do miocárdio por oclusão completa da artéria coronária direita. A conduta imediata é angioplastia percutânea primária do referido vaso.

**Página
em Branco.
(rascunho)**

GRADE DE RESPOSTAS

Utilize a grade ao lado para anotar as suas respostas.

Não destaque esta folha. Ao entregar sua prova, o fiscal irá destacar e entregar esta grade de respostas que você poderá levar para posterior conferência.



1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	





FUNDAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOCIOECONÔMICOS

Campus Universitário • UFSC
88040-900 • Florianópolis • SC
Fone/Fax: (48) 3953-1000
<http://www.fepese.org.br>